

Stellungnahme zu voranstehendem Leserbrief

Literatur

1. Benazzi F, Mazzoli M (1991) Psychiatric illness associated with "Ecstasy" (letter). *Lancet* 338: 1520
2. Creighton FJ, Black DL, Hyde CE (1991) "Ecstasy" psychosis and flashbacks. *Br J Psychiatry* 159: 713–715
3. Dowling GP, McDonough ET, Bost RO (1987) "Eve" and "ecstasy": a report of five deaths associated with the use of MDEA and MDMA. *JAMA* 257: 1615–1617
4. Gouzoulis E, Borchardt D, Hermle L (1993) A case of toxic psychosis induced by "Eve" (3,4-Methylenedioxyethylamphetamine). *Arch Gen Psychiatry* 50: 75
5. Hermle L, Spitzer M, Borchardt D, Kovar K-A, Gouzoulis E (1993) Psychological effects of MDE in normal subjects. Are entactogens a new class of psychoactive agents? *Neuropsychopharmacology* 8: 171–176
6. Kovar K-A: persönliche Mitteilung
7. Kovar K-A, Röscher C, Rupp A, Hermle L (1990) Synthetische Suchtstoffe der 2. Generation (sog. Designer-Drugs) *Pharmazie in unserer Zeit* 3: 99–107
8. McCann URD, Ricaurte GA (1991) Lasting neuropsychiatric sequelae of (\pm) Methylenedioxyamphetamine ("Ecstasy") in recreational users. *J Clin Psychopharmacol* 11: 302–305
9. McGuire P, Fahy T (1991) Chronic paranoid psychosis after misuse of MDMA ("ecstasy"). *BMJ* 302: 697
10. Schifano F (1991) Chronic atypical psychosis associated with MDMA ("ecstasy") abuse. *Lancet* 338: 1335
11. Stringaris MG (1972) Die Haschischsucht. *Pharmakologie, Geschichte, Psychopathologie, Klinik, Soziologie*. Springer, Berlin Heidelberg New York
12. Whitaker-Azmitia PM, Aronson TA (1989) "Ecstasy" (MDMA)-induced panic. *Am J Psychiatry* 146: 119

Dr. E. Gouzoulis-Mayfrank
Psychiatrische Klinik
Medizinische Einrichtungen der RWTH
Pauwelsstraße 30
D-52057 Aachen

N. Wodarz

Psychiatrische Klinik und Poliklinik der Universität Würzburg

Die regen Nachfragen zu unserem Fallbericht bestätigen, daß in den einschlägigen Fachzeitschriften kaum Informationen über diese epidemieartig zunehmend mißbrauchte Modedroge (tatsächlich per definitionem keine „Designerdroge“ im engeren Sinne) zu entnehmen sind. Bei vielen Fachkollegen sind die akuten und chronischen Wirkungen von „Ecstasy“ und seine Gefahren noch völlig unbekannt. Deshalb schließen die Ausführungen von Gouzoulis-Mayfrank und Hermle zu weiteren psychopathologischen Kasuistiken und insbesondere zu gefährlichen Auswirkungen bei einmaliger Einnahme von MDMA oder MDE eine Informationslücke.

Die uns vorgehaltene „Kernaussage“, daß wir in unserem Fallbericht und in einigen Korrespondenzbeschreibungen aus der Literatur den möglicherweise entscheidend mitursächlichen Konsum bzw. episodischen Mißbrauch von anderen psychotropen Substanzen in der pathogenetischen Kausalkette nicht genügend gewürdigt hätten, trifft nur bedingt zu. Hauptziel unserer Kasuistik war vielmehr, exemplarisch aufzuzeigen, daß keineswegs nur die „wiederholte Einnahme von „Ecstasy“ bis hin zu schwerem Mißbrauch über . . . Jahre“ und in hohen Dosen oder paralleler polytoxikomaner Mißbrauch (Kokain, LSD, Cannabis, Alkohol) zu sich verselbständigenden (sub)psychotischen Syndromen führen kann.

Mag „die tatsächliche Gefahr bei einmaliger Einnahme von MDMA oder MDE“ quantitativ richtigerweise „nicht in etwaigen psychischen Langzeitstörungen, sondern in der Unberechenbarkeit der Akuteffekte der Substanzen“ – und ihrer mitun-

ter lebensbedrohlichen internistischen Komplikation(!) – liegen. Dies schließt aber keinesfalls aus, daß bei individueller Vulnerabilität – sei es mit oder ohne bahnendem Beikonsument oder episodischem Mißbrauch anderer psychotroper Substanzen – auch die *einmalige* Einnahme von „Ecstasy“ erst ein psychopathologisches Syndrom über die klinische Manifestationsschwelle hebt. Man muß die *Inkubationszeit* einer neuerlich mißbrauchten Substanz immer erst abwarten, bis man mit der Zeit auf Einzelfälle stößt, bei denen auch ohne pathogenetisch bedeutsame Vorbahnungen süchtiger Verhaltenspathologie psychotische Phänomene auftreten.

Gouzoulis-Mayfrank und Hermle zitieren dankenswerterweise selbst einen Fall „mit einmaliger Einnahme von „Ecstasy“ und ansonsten fehlendem Substanzmißbrauch“. Bei der Interpretation der „induzierten“ und „über drei Monate anhaltenden reizdiverierenden Angstzustände(n) mit illusionären Verkennungen“ schränkt die diskutierte kausale Verknüpfung mit einem „akuten traumatischen Erlebnis einer Vergewaltigung“ nicht die entscheidende ätiopathogenetische Bedeutung der einmaligen Einnahme von „Ecstasy“ ein. Schließlich bestimmen lebens- und situationsgeschichtliche Begleitumstände und das individuelle „set“ und „setting“ bei einer Substanzeinnahme gerade auch ein drogeninduziertes und autonom entgleistes psychopathologisches Geschehen immer entscheidend mit.

Die verhängnisvolle Wirkung von Einzeldosen zeigen tierexperimentelle Untersuchungen zu MDMA. Insbesondere eine ungewöhnlich niedrige Schwelle für die neurotoxi-

schen Effekte des MDMA bei Primaten bereits nach Einmalgabe belegen dies [2]. Diese nicht von der Hand zu weisende anthropomorphe „Beweisführung“ unterstützt am besten die von Henry et al. (1992) in ihrer Übersichtsarbeit in *Lancet* formulierte Aussage: „Misuse of MDMA can have severe acute ... effects; few data are available concerning long-term morbidity, and this deserves close monitoring in future“ [1]. Dies war die eigentliche Absicht unseres Fallberichtes und die kritisch bereichernden Ergänzungen von Gouzoulis-Mayfrank und Hermle unterstreichen dies.

Literatur

1. Henry JA, Jeffreys KJ, Dawling S (1992) Toxicity and deaths from 3,4-methylenedioxyamphetamin („ecstasy“). *Lancet* 340: 384–387
2. Ricaurte GA (1989) Studies of MDMA-induced neurotoxicity in nonhuman primates: a basis for evaluating long-term effects in humans. *NIDA Res Monogr* 94: 306–322

Dr. N. Wodarz
 Prof. Dr. J. Böning
 Abteilung Sucht
 Psychiatrische Klinik und Poliklinik
 der Universität
 Fuchsleinstraße 15
 D-97080 Würzburg

einen die religiös ekstatische und zum anderen die ängstlich-agitierte bzw. paranoid-halluzinatorische Denk- und Handlungsgrundlage transparent gemacht. Interessant ist in diesem Zusammenhang auch, wie er die bereits prämorbid Zwiespältigkeit van Goghs beschreibt, wenn Leonhard erwähnt, daß dieser sich einerseits bewundernswert altruistisch verhält (z. B. als langfristig ökonomischer „Retter“ einer hilfsbedürftigen Prostituierten und derer beiden Kinder) und sich andererseits gleichzeitig (!) bedenkenlos über einen langen Zeitraum wirtschaftlich von seinem Bruder unterhalten läßt.

Die Widersprüchlichkeit im Temperamentsgebaren des noch „Gesunden“ ist, worauf Karl Leonhard besonders hinweist, erklärlich, wenn man weiß, daß der Kranke in der Angst-Glücks-Psychose synchron altruistisch sein und egoistisch erhaben fühlen kann. Van Gogh konnte auch begeisterungsfähig (bis hin zur Ekstase) sein und dann wieder in extremer Selbstkasteiung leben.

Das überaus hohe Maß der Affektschwankungen, so Leonhard, führe bei einer Angst-Glücks-Psychose gelegentlich auch zu Dämmerzuständen. Die kausal falsche Deutung solcher Dämmerzustände bei dem Künstler ist wohl der Grund für die von anderen Autoren bei ihm gestellten Diagnose „Epilepsie“. Und leider scheinen auch Lemke u. Lemke nicht weit genug weg von dieser falschen Fährte zu sein, wenn sie in ihrer Veröffentlichung im Zusammenhang mit der Erkrankung des Malergenies von dem „Grenzgebiet zwischen Epilepsie und Psychose“ sprechen.

Literatur

- Leonhard K (1986) Aufteilung der endogenen Psychosen und ihre differenzierte Ätiologie. Akademie, Berlin
- Leonhard K (1988) Bedeutende Persönlichkeiten in ihrer psychischen Krankheit. Van Gogh vor und in seiner Angst-Glücks-Psychose. Akademie, Berlin. S 35–64

Dr. M. H. Lanczik
 Psychiatrische Universitätsklinik
 Fuchsleinstraße 15
 D-97080 Würzburg

Nervenarzt (1994) 65: 650 © Springer-Verlag 1994

Zur Arbeit von S. Lemke und C. Lemke

Über die psychische Krankheit Vincent van Goghs

Nervenarzt (1993) 64: 594–598

M. Lanczik
 Psychiatrische Universitätsklinik Würzburg

Bekannterangst oder Unkenntnis verhindern in manchen „modernen psychiatrischen Schulen nicht ganz selten eine echte Diagnosestellung; man begnügt sich statt dessen mit dem Nennen von Syndromen. Möglicherweise wegen der – z. T. scheinbar divergierenden – Symptomatik haben sich – oder konnten sich? – Lemke u. Lemke in ihrer deskriptiv anschaulichen und einige Literatur berücksichtigenden Arbeit über die psychische Krankheit Vincent van Goghs diagnostisch nicht definitiv festlegen.

Vielleicht hätte ihnen dies die in der angeführten Bibliographie bedauerlicherweise fehlende Arbeit von Karl Leonhard über diesen großartigen Maler ermöglicht. Akribisch

suchend und deutend (aus dem zur Verfügung stehenden schriftlichen Nachlaß), exakt analysierend und kritisch systemisch einordnend beschreibt er eine bipolar anmutende Phasenhaftigkeit der Polysymptomatik bei van Gogh und ordnet dessen Krankheitsbild – entsprechend seiner Terminologie – nosologisch als Angst-Glücks-Psychose ein, eine Unterform der zykliden Psychosen.

Minutiös recherchiert Leonhard v. a. aus den zahlreichen Briefen des Künstlers die vielfarbig psychopathologischen Auffälligkeiten, aus denen die duale Phasenhaftigkeit deutlich wird, aber auch gleichzeitig offensichtliche Widersprüchlichkeit im Verhalten, das quasi „pathologisch“ erscheint: Beispielsweise wird zum